

薬局における自宅療養等の患者に対する薬剤交付支援事業請求様式

請求金額： _____円

本請求金額に虚偽がないことを証明するとともに、記載内容を証明する資料を適切に保管しています。

令和 年 月 日

薬局名：

代表者氏名：